



Abschlussbericht

Projekt Shape-D

Stärkung der Handlungskompetenzen Pfleger im Umgang mit Menschen mit Demenz

Dr. Regula Blaser
Jeanne Berset

Überarbeitete Version vom
1. Dezember 2017

Projekt Shape-D

2015-2017

Summary

Herausgeber Berner Fachhochschule
 Institut Alter
 Schwarztorstrasse 48
 3007 Bern

Autoren Dr. Regula Blaser
 Jeanne Berset

Erscheinungsjahr: Dezember 2017

Herzlichen Dank geht an die folgenden Personen, die das Projekt unterstützt und engagiert mitgetragen haben:

Natalie Hamela
Daniela Wittwer
Michael Meier
Dr. Sabine Hahn
Marianne Stäubli Wolfers
Dr. Stefanie Becker

Dieses Projekt wurde gefördert von:

Ebnet-Stiftung
Hedwig Widmer Stiftung
Lindenhofstiftung Bern
Schweizerische Alzheimervereinigung

Inhaltsverzeichnis

1	Hintergrund des Projektes	1
2	Zielsetzungen und Fragestellungen	2
	2.1 Forschungsziele	2
	2.2 Fragestellungen	2
3	Methodik	2
	3.1 Studiendesign	2
	3.2 Stichprobe und Setting	2
	3.3 Erhebungsinstrumente	4
	3.4 Datenauswertung	5
4	Ergebnisse	6
	4.1 Entwicklung des Fragebogens zur Erfassung der Handlungskompetenzen von Pflegepersonen in der Interaktion mit demenzerkrankten Menschen.	6
	4.2 Entwicklung und Evaluation des Trainings zur Stärkung der Handlungskompetenzen Pfleger im Umgang mit demenzerkrankten Menschen	8
5	Schlussfolgerungen	20
6	Literaturverzeichnis	22

1 Hintergrund des Projektes

Seit sich der Ansatz von Kitwood (2008) in der Pflegepraxis immer mehr durchgesetzt hat, stehen Aspekte der Lebensqualität und der ganzheitlichen Betrachtung des an Demenz erkrankten Menschen zunehmend im Mittelpunkt von Praxis sowie Aus- und Weiterbildung. Dennoch bleibt die Betreuung und Behandlung von Menschen mit einer Demenzerkrankung eine anspruchsvolle Tätigkeit. Nach Gonczi (1994) brauchen Pflegepersonen dazu ein Set von Attributen, das definiert ist durch eine Kombination von formalem Fachwissen, subjektiven Einstellungen und kontextspezifischen Handlungskompetenzen.

Pflegepersonen erwerben je nach Bildungsstufe unterschiedlich fundiertes Fachwissen zum Thema Demenz. Dieses Fachwissen ist eine notwendige, jedoch nicht hinreichende Grundlage für den Erwerb von alltagsrelevanten Handlungskompetenzen. Subjektive Einstellungen bilden sich durch soziales Lernen und Erfahrungslernen heraus. An Demenz erkrankte Menschen sind in unserer Gesellschaft allgemein, im Speziellen aber auch in Betreuungs- und Pflegesituationen negativen Einstellungen und Stereotypen ausgesetzt. Aus der Forschung ist bekannt, dass subjektive Einstellungen sehr widerstandsfähig gegenüber direkter Veränderung und widerlegendem Fachwissen sind (Kunda & Oleson, 1995; Klein & Snyder, 2003; Yzerbyt et al., 2003). Negative subjektive Einstellungen können jedoch durch positive Handlungserfahrungen indirekt beeinflusst werden (Wentzel & Tomczak, 2012). Auf vorhandenem Fachwissen aufbauendes, erfahrungsbasiertes Lernen eignet sich daher besonders als Methode zur Erweiterung von Handlungskompetenzen (Oelke & Scheller, 2009). Dabei setzten Übungen direkt an den subjektiven Erfahrungen der Lernenden an. Damit das theoretisch vermittelte Wissen besser in Handlung und Einstellungsveränderung übergeht, soll ein Bezug zu den beruflichen Alltagserfahrungen der Pflegenden geschaffen werden (Scheu, 2010).

Erfahrungsbezogenes Lernen stellt einen ganzheitlichen Lernansatz dar, welcher das Ziel verfolgt „(...)Lerninhalte und -formen dahin gehend zu gestalten, dass sie eine Integration der Verstands-, Gefühls- und Körperebene ermöglichen. Lerninhalte sollen als sinnlich begreifbar erlebt werden, denn sie sind verbunden mit Erlebnissen und Erfahrungen vergangener und derzeitiger Lebensgeschichte.“ (Mulke-Geisler, 1994, S.15). Gemäss Mulke-Geisler (1994) ermöglicht das eigene Erleben einen intensiveren Lerneffekt, als das reine kognitive Verarbeiten von neuen Lerninhalten. Beim Erfahrungslernen kommt auch der eigenen Haltung in sozialen Situationen eine zentrale Bedeutung zu (Scheller, 1981). Scheller (1981) beschreibt ein Phasenmodell des erfahrungsorientierten Unterrichts, in welchem in drei Schritten Erfahrungen aufgearbeitet und mit dem vermittelten Wissen verknüpft werden. Im ersten Schritt „Aneignung von Erfahrungen“ soll die Unterrichtssituation so geschaffen werden, dass sich die Lernenden an ihre eignen Erlebnisse erinnern und diese reflektieren können. Dies kann mit Hilfe von Texten, Filmen oder (symbolischen) Bildern angeregt werden. Durch die Anknüpfung des Unterrichts an die individuellen Erlebnisse, werden die Lernenden als Subjekt ernst genommen. Schneller empfiehlt, dass die Erfahrungen zunächst alleine in Erinnerung gerufen und reflektiert und danach in der Gruppe besprochen werden. Im zweiten Schritt „Verarbeitung von Erfahrungen“ wird das Erlebte mit subjektiven Bedeutungen bearbeitet und weiterentwickelt, so dass es akzeptiert werden kann. Die Lernenden sollen verstehen, was in der erlebten Situation mit ihnen passiert ist. Im dritten Schritt „Veröffentlichung von Erfahrungen“ sollen die Erfahrungen und deren Reflexion in der Gruppe geteilt. Im Unterricht sollen für die Lernenden zunächst abstrakte theoretische Inhalte mit Hilfe der Reflexion und des Bezugs auf eigene Erfahrungen erschlossen werden. Dazu sollen Methoden verwendet werden, die das Thema situationsbezogen einführen. Als eine mögliche Methode wird hier Rollenspiel genannt. Dieses eignet sich zudem auch für die Arbeit an der Haltung, der Selbstreflexion oder empathischen Kompetenz einer Person. Eine weitere geeignete erfahrungsbasierte Methode ist die Videoanalyse des eigenen Verhaltens. Sie erlaubt einen Perspektivenwechsel und dadurch eine „ungefilterte“ Selbstbeobachtung und geschärfte Selbstwahrnehmung (Helmke und Helmke, 2008).

2 Zielsetzungen und Fragestellungen

2.1 Forschungsziele

- 1) Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von aktuellen Handlungskompetenzen von Pflegepersonen in der Interaktion mit demenzkranken Menschen.
- 2a) Entwicklung eines praxisorientierten Trainings zur Stärkung der Handlungskompetenzen Pflegenden in der Interaktion mit Menschen mit Demenz.
- 2b) Durchführung des entwickelten Trainings.
- 2c) Evaluation des entwickelten Trainings.

2.2 Fragestellungen

- a) Wie lassen sich die Handlungskompetenzen von Pflegenden im alltäglichen Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen mit einem standardisierten Fragebogen zuverlässig abbilden?
- b) Entsprechen die identifizierten Handlungskompetenzen ihrer jeweiligen Bildungsstufe, bzw. welche Unterschiede finden sich im Vergleich unterschiedlicher Stufen?
- c) Lassen sich die Handlungskompetenzen von Pflegenden im alltäglichen Umgang mit Menschen mit einer Demenzerkrankung mit dem entwickelten Training kurz- und mittelfristig verbessern?

3 Methodik

3.1 Studiendesign

Die Entwicklung des Fragebogens zur Erhebung der Handlungskompetenzen von Pflegepersonen im Umgang mit Menschen mit einer Demenzerkrankung erfolgte im Design einer Querschnittsstudie.

Die Überprüfung der Wirksamkeit des entwickelten Trainings zur Stärkung der Handlungskompetenzen von Pflegepersonen in der Interaktion mit Menschen mit einer Demenzerkrankung folgte dem Design einer quasi randomisierten kontrollierten Interventionsstudie.

3.2 Stichprobe und Setting

Die Entwicklung des Fragebogens erfolgte in mehreren Schritten. Im Frühjahr 2015 fanden drei nach Funktionsstufen getrennte Fokusgruppen mit je 4-6 Teilnehmenden aus verschiedenen, auf die Pflege und Betreuung von demenzkranken Menschen spezialisierten Institutionen der Langzeitpflege in der Region Bern statt. Ziel war die Erfassung der aktuellen Handlungskompetenzen der Pflegepersonen in der Interaktion mit demenzkranken Menschen anhand von sieben Videosequenzen zu schwierigen Interaktionssituationen. Im Herbst 2015 wurden zwei Expertengruppen mit Expertinnen und Experten im Thema Demenz aus den Bereichen Pflege, Betreuung sowie Aus- und Weiterbildung statt. Anhand der oben genannten Videosequenzen definierten die Gruppen die nach heutigem Wissensstand anzustrebenden Standards der Handlungskompetenzen in der Interaktion mit Menschen mit einer Demenzerkrankung und gewichteten die in den Fokusgruppen erarbeiteten Handlungsoptionen nach Kompetenzgraden. Die Ergebnisse der Expertengruppen wurden anschliessend zwei weiteren Expertinnen zur Überprüfung vorgelegt. Aus den Ergebnissen dieser drei Schritte wurde die Testversion des online Fragebogens entwickelt. Sie wurde zwischen Frühjahr und Sommer 2016 in 9 spezialisierten Institutionen der deutschsprachigen Schweiz von 100 Pflegepersonen ausgefüllt. Die auf der Basis dieser Daten entwickelte definitive Version des Handlungskompetenzfragebogens wurde zwischen September 2016 und Februar 2017 per online-Link an 62 Institutionen der Langzeitpflege sowie Spitexorganisationen verschickt und von 269 Pflegepersonen ausgefüllt (S. Tabelle 1 für eine Übersicht).

Tabelle 1: Übersicht über die Durchführung der Projektetappen.

Was	Zeitraum	Teilnehmende
Entwicklung und Testung des Fragebogens	August 2015 bis August 2016	100 Pflegepersonen aus Institutionen der Langzeitpflege
Normierung des Fragebogens	September 2016 bis Februar 2017	269 Pflegepersonen aus Institutionen der Langzeitpflege
Entwicklung des Trainings	März 2016 bis September 2016	
Durchführung des Trainings	Ende September bis Mitte Dezember 2016	Pro teilnehmende Institution 6-8 Pflegepersonen und die Pflegedienstleitung
Messungen in Trainings- und Referenzgruppen zur Evaluation des Trainings	September 2016, Dezember 2016, Juni 2017	70 Pflegepersonen aus Institutionen der Langzeitpflege (auf Menschen mit Demenzerkrankungen spezialisiert)
Analyse der erhobenen Daten	November 2016 bis August 2017	

Die Entwicklung des Trainings zur Stärkung der Handlungskompetenzen der Pflegepersonen erfolgte ab Sommer 2016. Die Durchführung des Trainings erfolgte zwischen September und Dezember 2016 in 5 spezialisierten Institutionen der Langzeitpflege. Die drei Zeitpunkte der Evaluation waren: 1) vor Trainingsbeginn im September 2016, 2) nach Trainingsende im Dezember 2016 und 3) 6 Monate nach Abschluss des Trainings im Juni 2017 (S. Tabelle 1 für eine Übersicht). Die 6-8 Pflegepersonen je Institution, die am Training teilnahmen, wurden anhand verschiedener Kriterien ausgewählt. Im Juni 2016 füllten alle Pflegepersonen der 5 Institutionen mit ausreichenden Deutschkenntnissen und der Bereitschaft zur Teilnahme am Training die deutsche Version der Dementia Attitudes Scale (DAS; Peng, Moor & Schelling, 2011) sowie Fragen zu demografischen Daten aus. Bei der Auswahl der Teilnehmenden je Institution wurde darauf geachtet, dass je Funktionsstufe mindestens 2 Personen vertreten waren. Zudem wurde in jeder Institution eine Heterogenität der Teilnehmenden in Bezug auf DAS-Wert und Alter sowie eine Vertretung beider Geschlechter angestrebt. Erwünscht war je Institution zusätzlich die Teilnahme einer Leitungsperson. Insgesamt nahmen 34 Personen am Training teil.

Die Teilnehmenden der Referenzgruppe wurden aus 6 Institutionen der Langzeitpflege für Menschen mit einer Demenzerkrankung ausgewählt. In diesen Institutionen füllten alle Pflegepersonen mit ausreichenden Deutschkenntnissen und der Bereitschaft zur Teilnahme an der Referenzgruppe im Juli die DAS und die Fragen zu demografischen Daten aus. Aus dieser Gesamtheit wurden die Personen für die Referenzgruppe so ausgewählt, dass die Gruppe insgesamt der Trainingsgruppe in den Variablen DAS-Wert, durchschnittliches Alter und Geschlechterverteilung möglichst ähnlich war. Insgesamt wurden 41 Personen für die Referenzgruppe ausgewählt. Tabelle 2 gibt eine Übersicht über die demografischen Daten der beiden Gruppen.

Tabelle 2: Demografische Merkmale der Stichprobe zum Messzeitpunkt t1.

Variable	Interventions- gruppe	Referenz- gruppe	Total
Alter in Jahren (μ)	39.3 (SD=13.39)	42.95 (SD=14.88)	41.29 (SD=14.23)
Geschlecht			
weiblich	28	35	63
männlich	6	6	12
Funktionsstufe			
FS 1	12	11	23
FS 2	8	15	23
FS 3	14	15	29
Arbeitspensum (μ)	87.5 (SD=11.95)	76.83 (SD=21.38)	
N=	34	41	75

3.3 Erhebungsinstrumente

Als Stimuli für die Erfassung von Handlungsoptionen von Pflegepersonen in schwierigen Interaktionssituationen mit demenzkranken Menschen in den drei Fokusgruppen dienten, wie in Kapitel 3.2. erwähnt, sieben kurze Filmsequenzen von solchen Situationen, die publizierten CD's entnommen wurden¹. Die Teilnehmenden notierten für sie in Frage kommende Handlungsoptionen für die Situationen auf Moderationskarten.

Dieselben Filmsequenzen dienten den Teilnehmenden der zwei Expertengruppen einerseits als Basis für die Formulierung der nach aktuellem Kenntnisstand in der Demenzpflege bestmöglichen Handlungsoption, andererseits als Ausgangspunkt für die Hierarchisierung der von den Teilnehmenden der Fokusgruppen notierten Handlungsoptionen je Situation.

Die nach aktuellem Kenntnisstand bestmöglichen Handlungsoptionen sowie die Hierarchisierung der Handlungsoptionen wurden von zwei unabhängigen Expertinnen kritisch begutachtet.

Aus den Ergebnissen dieses Prozesses wurden vom Projektteam die Items für die Testversion des Fragebogens zur Handlungskompetenz von Pflegepersonen formuliert.

Zur Evaluation des Trainings wurden die in Tabelle 3 zusammenfassend dargestellten Messinstrumente zu drei Erhebungszeitpunkten eingesetzt.

Zusätzlich wurden verschiedene qualitative Evaluationsinstrumente eingesetzt:

Am Ende jeder der vier Lerneinheiten des Trainings wurde von den Teilnehmenden ein Fragebogen mit offenen Fragen zur Beurteilung der inhaltlichen und methodischen Gestaltung der Lerneinheit ausgefüllt. Nach den ersten drei Lerneinheiten, in den drei Wochen bis zur jeweils nächsten Lerneinheit, füllten die Teilnehmenden Lernjournale zur Dokumentation des Transfers der Lerninhalte in den Alltag aus. Zum Erhebungszeitpunkt t3 wurde in jeder Institution mit der Leitungsperson, die am Training teilgenommen hatte, ein ca. 30 minütiges telefonisches Interview zur Dokumentation der mittelfristigen Umsetzung der Trainingsinhalte in den Alltag der Institutionen geführt.

¹ Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich (2011). "Verhaltenszeichen" - Herausforderndes Verhalten von Menschen mit Demenz.

Alzheimer-Gesellschaft Mittelhessen (2005). Interaktionen mit dementen Menschen. Hannover: Schlütersche Verlag und Druckerei GmbH & Co. KG.

Tabelle 3: Übersicht der verwendeten Messinstrumente über die drei Messzeitpunkte.

Messinstrument	Interventions-/ Referenzgruppe	Messzeitpunkte		
		t1*	t2**	t3***
Fragebogen zur Erfassung der Handlungskompetenzen von Pflegepersonen in der Interaktion mit demenzerkrankten Menschen	IG RG	x x	x x	x x
Dementia Attitude Scale (DAS)	IG RG	x x	x x	x x
Inventar sozialer Kompetenzen (ISK), Kurzversion Selbsteinschätzung Zusätzlich: Skala Internalität aus Langversion	IG RG	x x	x x	x x
Inventar sozialer Kompetenzen (ISK), Kurzversion Fremdeinschätzung	IG	x	x	x
Area of Worklife Scale (AWS) Skala: Arbeitsbelastung	IG RG	x	x	x
Formative Evaluation des gesamten Trainings	IG RG		x	

*unmittelbar vor Trainingsbeginn

**nach Abschluss des viermonatigen Trainings

***6 Monate nach Abschluss des Trainings

Der Rücklauf des Fragebogens über die drei Messzeitpunkte kann der untenstehenden Tabelle 4 entnommen werden.

Tabelle 4: Rücklauf über die drei Messzeitpunkte t1-t3.

	Häufigkeit ausgefüllter Fragebögen nach Messzeitpunkte			Total Personen mit t1-t3 ausgefüllten Fragebögen
	t1	t2	t3	
Interventionsgruppe	N=34	N=30	N=27	N=25
Referenzgruppe	N=41	N=41	N=33	N=33
Total N	75	71	55	53

3.4 Datenauswertung

Zur Entwicklung der definitiven Version des Handlungskompetenzfragebogens wurden für die Daten der Testversion Itemkennwerte (Mittelwerte, Standardabweichungen, Schwierigkeitsindex, Trennschärfe) berechnet, sowie Faktorenanalysen durchgeführt und die Skalenreliabilität ermittelt. Dazu wurde die Statistiksoftware SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, Version 24; IBM Corp. Released 2016) verwendet.

Die quantitativen Daten zur Evaluation des Trainings wurden ebenfalls mittels SPSS analysiert. Es wurden nur diejenigen Personen in die Analysen einbezogen, von denen zu allen drei Messzeitpunkten vollständige Datensätze vorliegen. Es wurden Häufigkeiten berechnet sowie Mittelwertvergleiche und multivariate Analyseverfahren durchgeführt.

Die qualitativen Daten wurden inhaltsanalytisch ausgewertet.

4 Ergebnisse

4.1 Entwicklung des Fragebogens zur Erfassung der Handlungskompetenzen von Pflegepersonen in der Interaktion mit demenzerkrankten Menschen.

Die Inhaltsanalytische Auswertung der Daten der Fokusgruppen, der Expertengruppen sowie der abschliessenden Expertenbefragung führte zu einer Kategorisierung der Handlungsoptionen je Situation in drei inhaltliche Kompetenzbereiche: 1) Personenorientierung, 2) Kommunikation, 3) Umgebungsgestaltung. Zudem wurde das Kompetenzmodell für Pflegeberufe nach Benner (1997) herangezogen. Dieses beschreibt Pflegekompetenzen entlang der Dimensionen Komplexität und selbständigem Handeln. Das Modell definiert vier Stufen der Kompetenzentwicklung. Die Tabelle 5 stellt eine mit Handlungsoptionen gefüllte Matrix zwischen diesen vier Stufen und den inhaltlichen Kompetenzbereichen für die Videosequenz „Apathie“ dar. Auf dem Video sind abwechselnd eine Frau und ein Mann zu sehen. Die Frau sitzt zuerst apathisch am Tisch, vor ihr stehen ein gefülltes Glas und ein Teller mit Apfelschnitzen. Es folgt ein Blick auf den Mann, der teilnahmslos auf einem Stuhl an einem Fenster sitzt, eine Zeitung liegt auf dem Tisch neben ihm. Dann ist wieder die Frau zu sehen, die apathisch am Tisch gegenüber einer Mitbewohnerin sitzt und ein Glas und eine Zeitung vor sich liegen hat.

Tabelle 5: Kategorisierung der Handlungsoptionen zur Videosequenz „Apathie“ nach inhaltlichen Kompetenzbereichen und Kompetenzstufen nach Benner (1997).

Inhaltliche Kompetenzbereiche	Kompetenzstufen nach Benner (1997)			
	Stufe 1: unreflektierte Ausführung einzelner Handlungen	Stufe 2: schrittweises Ausführen von Vorgaben/Wissen	Stufe 3: eigenständiges Handeln nach Einsicht in die Problemlage	Stufe 4: selbständiger, reflektierter Prozess der Handlungssteuerung
Personenorientierung	Ich denke die Bewohnenden sehen zufrieden aus und lasse sie ruhig dasitzen.	Ich denke die Bewohnenden sehen zufrieden aus und lasse sie ruhig dasitzen.	Ich denke die Bewohnenden sehen zufrieden aus und lasse sie ruhig dasitzen.	Ich denke die Bewohnenden sehen zufrieden aus und lasse sie ruhig dasitzen.
Kommunikation	Ich frage die Bewohnenden, was sie tun möchten.	Ich frage die Bewohnenden, was sie tun möchten.	Ich frage die Bewohnenden, was sie tun möchten.	Ich frage die Bewohnenden, was sie tun möchten.
Umgebungsgestaltung	Ich weiss, dass zu viele Reize demenzerkrankte Menschen unruhig machen und lasse die Bewohnenden in der reizarmen Umgebung.	Ich versuche die Bewohnenden zu aktivieren und bringe sie in Gesellschaft zu aktiven Mitbewohnenden.	Ich versuche die Bewohnenden mit biografiebezogener Umgebungsgestaltung zu aktivieren.	Ich überdenke die Tagesstruktur der verschiedenen Bewohnenden und versuche abzuschätzen, was ihre Bedürfnisse sind

Für die Fälle, in denen aus den Fokusgruppen für einzelne Zellen je Situation keine formulierten Handlungsoptionen vorlagen, wurden vom Projektteam zusammen mit den internen und externen Expertinnen passende Handlungsoptionen formuliert. Für die erste Testversion des Fragebogens lagen somit 84 Items (7 Situationen x 3 Kompetenzbereiche x 4 Kompetenzstufen) vor. Diese beurteilten die N=100 Testpersonen auf einer vierstufigen Skala von „nicht zutreffend“ bis „sehr zutreffend“. Dabei sahen sie jede der sieben Situationen beim ersten Item als Video, ab Item 2 ein charakteristisches Standbild aus dem Video (Abbildung 1).



Abbildung 1: Standbilder zur Situation „Apathie“

Mit den Daten dieser 100 Testpersonen wurden je Item Itemkennwerte sowie Reliabilitäten für die Skalen berechnet. Diese Ergebnisse führten zu einer Reduktion der Itemzahl auf 48. Die Faktorenanalysen bestätigten die Kategorisierung der Items nach den vier Handlungskompetenzstufen (HK1 bis HK4), nicht aber nach Kompetenzbereich. Sie legten die Formulierung einer fünften Handlungskompetenzstufe (HK5) nahe, die, neben Selbstständigkeit und Reflexion, Kompetenzen wie Kreativität und Flexibilität abbildet.

Dieser 48 Items lange, fünf Stufen der Kompetenz abbildende online Fragebogen wurde an einer Stichprobe von 269 Pflegepersonen normiert und kann für den standardisierten Vergleich von Handlungskompetenzen von Pflegepersonen im Umgang mit Menschen mit einer Demenzerkrankung verwendet werden. Die durchgeführte einfaktorielle Varianzanalyse zeigt, dass die verschiedenen Funktionsstufen sich signifikant hinsichtlich der erfassten Handlungskompetenzen (Summenwert des Fragebogens insgesamt) unterscheiden, wobei die Handlungskompetenzen besser sind je höher die Funktionsstufe ist ($F=10.084$; $p=.000$). Post hoc Vergleiche zeigen, dass der Wert für die Funktionsstufe 3 signifikant höher ist als für Funktionsstufe 1 und 2. Funktionsstufe 2 ist knapp signifikant ($p=.051$) besser als Funktionsstufe 1. Veranschaulicht werden die Ergebnisse in Abbildung 2.

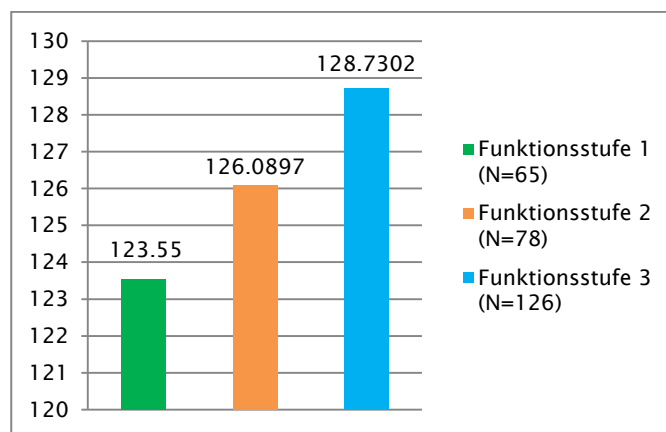


Abbildung 2: Mittelwerte im Fragebogen zur Handlungskompetenz der Normstichprobe, getrennt nach Funktionsstufen.

Tabelle 6 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen für die fünf Stufen der Handlungskompetenz je Funktionsstufe der Pflegepersonen und die Ergebnisse der ANOVA's.

Tabelle 6: Mittelwerte, Standardabweichungen und ANOVA's der fünf Handlungskompetenzstufen getrennt nach drei Funktionsstufen für die Normstichprobe.

	n	Mittelwert	SD	Einfaktorielle ANOVA		
				F	Signifikanz	LSD Post-Hoc-Test, $p=.05$
HK1				5.629	.004	FS1=FS2<FS3
FS 1	65	27.800	4.302			
FS 2	78	28.449	4.967			
FS 3	126	29.992	4.576			
HK2				2.095	.125	n.s.
FS 1	65	22.400	3.490			
FS 2	78	22.205	3.184			
FS 3	126	23.151	3.631			
HK3				.701	.497	n.s.
FS 1	65	21.292	2.685			
FS 2	78	20.962	2.299			
FS 3	126	20.833	2.613			
HK4				1.326	.267	n.s.
FS 1	65	36.492	5.056			
FS 2	78	37.128	4.926			
FS 3	126	37.683	4.659			
HK5				5.957	.003	FS1 < FS2=FS3
FS 1	65	15.569	3.540			
FS 2	78	17.346	3.211			
FS 3	126	17.071	3.260			
HK Gesamtwert				10.084	.000	FS1 < FS2 < FS3
FS 1	65	123.554	7.961			
FS 2	78	126.090	7.255			
FS 3	126	128.730	7.802			

4.2 Entwicklung und Evaluation des Trainings zur Stärkung der Handlungskompetenzen Pflegender im Umgang mit demenzerkrankten Menschen

Die drei inhaltlichen Bereiche der Handlungskompetenz, die sich in der Entwicklung des Fragebogens als zentral relevant in der Interaktion mit demenzerkrankten Menschen herauskristallisiert haben, wurden als Schwerpunkte für die zu entwickelnde Sensibilisierungsmassnahme übernommen. Für jeden dieser Handlungsbereiche wurde eine halbtägige Lerneinheit konzipiert. In der vierten abschliessenden Lerneinheit wurde eine Synthese der vorgängig behandelten Inhalte vorgenommen sowie die längerfristige Implementierung der Trainingsinhalte in den Institutionen geplant. Bereits während des laufenden Trainings wurde, durch den Einsatz von Lernjournalen zwischen den Lerneinheiten, am Transfer der Lerninhalte in den Arbeitsalltag gearbeitet. Gerahmt werden die gesamten Trainingsinhalte durch ein Interaktionsmodell, das während der vier Halbtage schrittweise mit den Teilnehmenden aufgebaut wird. Tabelle 7 gibt einen Überblick über den Ablauf des Trainings. Die im Training eingesetzten Methoden waren dem Erfahrungslernen verpflichtet, das einen intensiveren Lerneffekt als das reine kognitive Verarbeiten von neuen Lerninhalten gewährleistet.

Tabelle 7: Überblick über den Ablauf der Trainingseinheiten.

Zeitraum	
Woche 1	Lerneinheit 1: Interaktion von Mensch zu Mensch – auf Augenhöhe mit Demenzbetroffenen (Personenorientierung). Am ersten Halbttag geht es um die Selbstwahrnehmung der Pflegeperson, um ihre Wahrnehmung des Menschen mit Demenz und um die Begegnung auf Augenhöhe.
Wochen 2 bis 4	Praxistransfer: Lernjournal 1
Woche 5	Lerneinheit 2: Kommunikation mit demenzkranken Menschen (Kommunikation). Im Zentrum des zweiten Halbtags stehen der Austausch zwischen Pflegepersonen und Menschen mit Demenz sowie die Besonderheiten in der Kommunikation mit Menschen mit fortgeschrittener Demenzerkrankung.
Wochen 6 bis 8	Praxistransfer: Lernjournal 2
Woche 9	Lerneinheit 3: Räumliche Umgebung demenzfreundlich gestalten (Umgebungsgestaltung). Die Interaktion zwischen der Pflegeperson und dem Menschen mit Demenz findet in einer materiellen und in einer sozialen Umgebung statt. Auf welche Weise diese die Interaktion beeinflussen, ist Thema des dritten Halbtages.
Wochen 10 bis 12	Praxistransfer: Lernjournal 3
Woche 13	Lerneinheit 4: Integration und Umsetzung in die Praxis. Am letzten Halbttag werden die Komponenten des Interaktionsmodells integriert. Gemeinsam werden Strategien zur längerfristigen Verankerung der Trainingsinhalte im Arbeitsalltag erarbeitet.
Wochen 14 bis 16	Praxistransfer: Lernjournal 4 und Umsetzungsauftrag

Dass dieser intendierte Lerneffekt effektiv erfolgt ist, zeigt sich sowohl in den qualitativen als auch in den quantitativen Daten der Trainingsevaluation.

Die Teilnehmenden beurteilten die Lerneinheiten in den jeweils anschliessenden Beurteilungen überwiegend positiv. Die gewählten Themen erachteten sie als relevant für ihren Arbeitsalltag. Die Mischung aus Vermittlung von Wissen und praxisbezogenen, erlebnisbasierten Übungen beurteilten sie als gelungen. Insbesondere die Videodokumentation und -analyse von in Kleingruppen durchgeführten Rollenspielen zu alltäglichen Situationen in der Interaktion mit demenzerkrankten Menschen wurde als wirkungsvoll, wenn auch nicht von allen Teilnehmenden geschätzt, erlebt. Aus der formativen Evaluation der gesamten Sensibilisierung sowie aus den Lernjournalen ist ersichtlich, dass die Aufmerksamkeit der Teilnehmenden im Alltag, sowohl auf sich selbst als auch auf den Menschen mit einer Demenzerkrankung, gesteigert ist. Die Pflegepersonen nehmen vermehrt die Perspektive der demenzerkrankten Menschen ein, wodurch deren Bedürfnisse besser wahrgenommen werden (s. Abbildungen 3 bis 5). Das Training hat die Handlungsoptionen in der Interaktion mit demenzerkrankten Menschen erweitert.

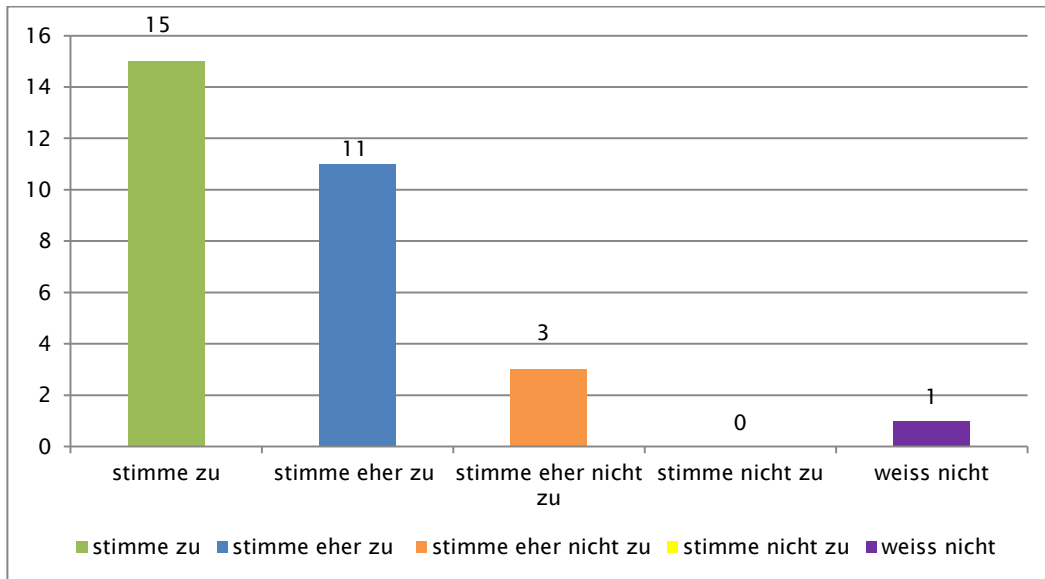


Abbildung 3: Häufigkeiten auf die Frage „Durch das Training versetze ich mich während meiner Arbeit mit demenzkranken Menschen häufiger in ihre Perspektive.“

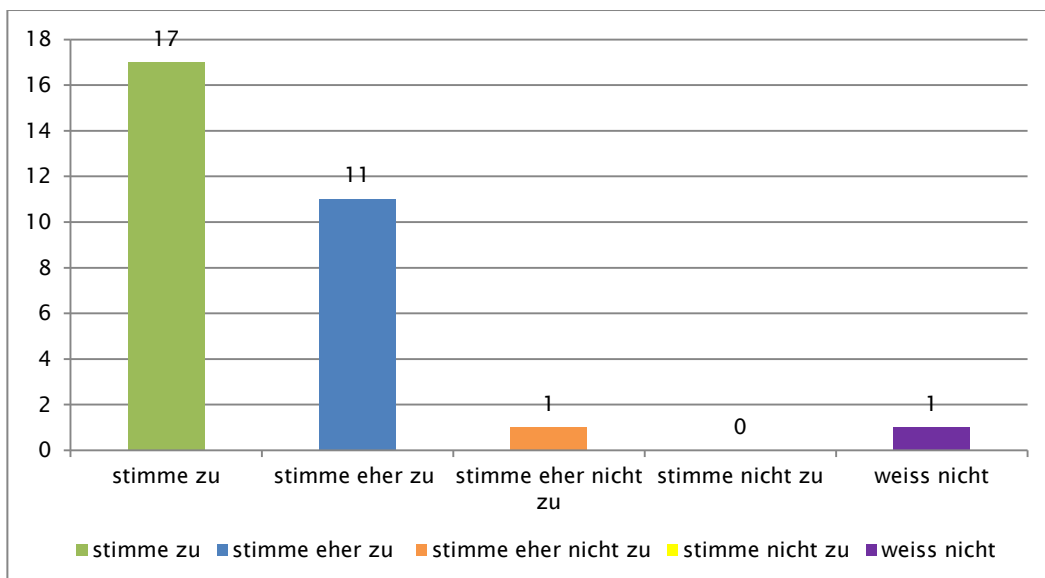


Abbildung 4: Häufigkeiten auf die Frage „Durch das Training bin ich in der Begegnung mit demenzkranken Menschen präsenter.“

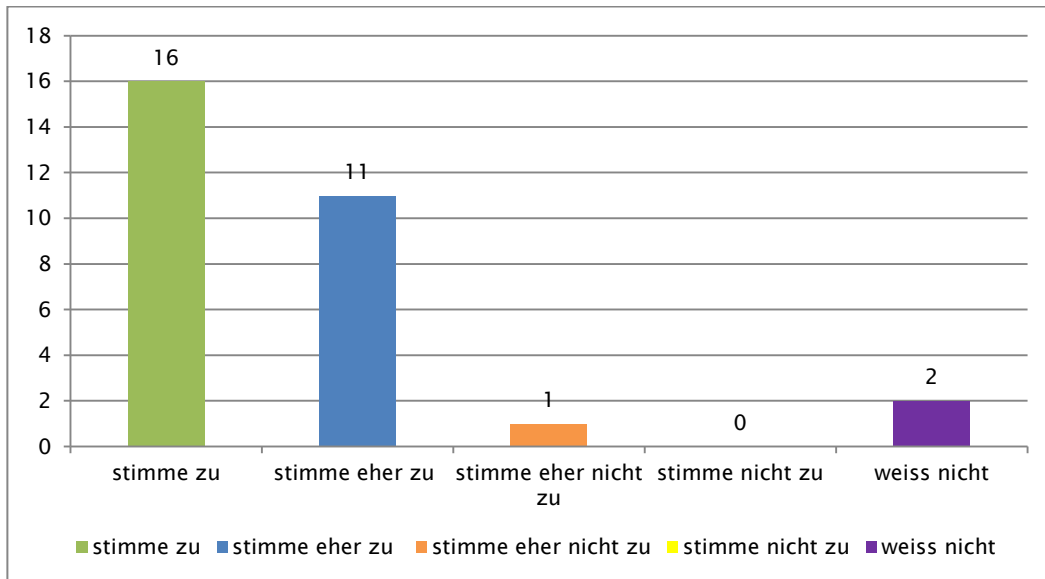


Abbildung 5: Häufigkeiten auf die Frage „Seit dem Training reflektiere ich mein Handeln in meinem Arbeitsalltag häufiger.“.

Diese Selbstbeurteilung der Teilnehmenden wurde auch in den Interviews mit den Leitungspersonen bestätigt. Diese erleben bei den Teilnehmenden eine gesteigerte Aufmerksamkeit und mehr Selbstvertrauen im Alltag, eine differenziertere Wahrnehmung der Bedürfnisse der demenzerkrankten Menschen sowie verstärkte Selbstreflexion.

Diese positiven Effekte des Trainings bilden sich auch in den quantitativen Daten ab. Die Mittelwerte und Standardabweichungen des Gesamtwertes der Handlungskompetenz über die drei Messzeitpunkte kann, getrennt nach Interventions- und Referenzgruppe, der Tabelle 8 entnommen werden. Um die Veränderung der Mittelwerte über die drei Messzeitpunkte zu testen, wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf dem Faktor Handlungskompetenz und dem nicht messwiederholten Faktor Gruppe (Interventionsgruppe, Referenzgruppe) gerechnet. Die Analyse zeigt einen nicht signifikanten Effekt auf dem Faktor Handlungskompetenz ($F=1.843$; $p=.163$), als auch für die Interaktion Handlungskompetenz x Gruppe ($F=.857$; $p=.427$). Nachgeschaltete T-Tests zeigen zu t1 eine statistische Tendenz zu Gunsten der Interventionsgruppe ($T=1.67$; $p=.099$). Um den Einfluss dieses tendenziellen Startvorteils auszuschliessen, wurden für die Zeitpunkte t2 und t3 univariate Varianzanalysen mit der Handlungskompetenz zu t1 als Kovariate gerechnet. Zu t2 zeigt sich ein signifikanter Effekt der Gruppe ($F=5.07$; $p=.028$), zu t3 ein nicht signifikanter Effekt der Gruppe ($F=.884$; $p=.351$).

Tabelle 8: Mittelwerte und Standardabweichungen der Handlungskompetenz zu den drei Messzeitpunkten für die Interventions- und Referenzgruppe.

	n	Mittelwert	SD
HK Gesamtwert t1			
Interventionsgruppe	25	128.080	7.921
Referenzgruppe	33	124.151	9.474
HK Gesamtwert t2			
Interventionsgruppe	25	130.440	6.008
Referenzgruppe	33	124.576	8.832
HK Gesamtwert t3			
Interventionsgruppe	25	127.800	5.708
Referenzgruppe	33	124.06	8.849

Abbildung 6 zeigt die Gesamtwerte im Handlungskompetenzfragebogen über die drei Messzeitpunkte für die Interventions- und Referenzgruppe. Aus dieser Abbildung ist der Trainingsgewinn in der Interventionsgruppe zwischen t1 und t2 deutlich zu sehen. Dieser geht zwischen t2 und t3 wieder zurück. Die Referenzgruppe bleibt in der gemessenen Handlungskompetenz über den gesamten Zeitraum von t1 bis t3 konstant.

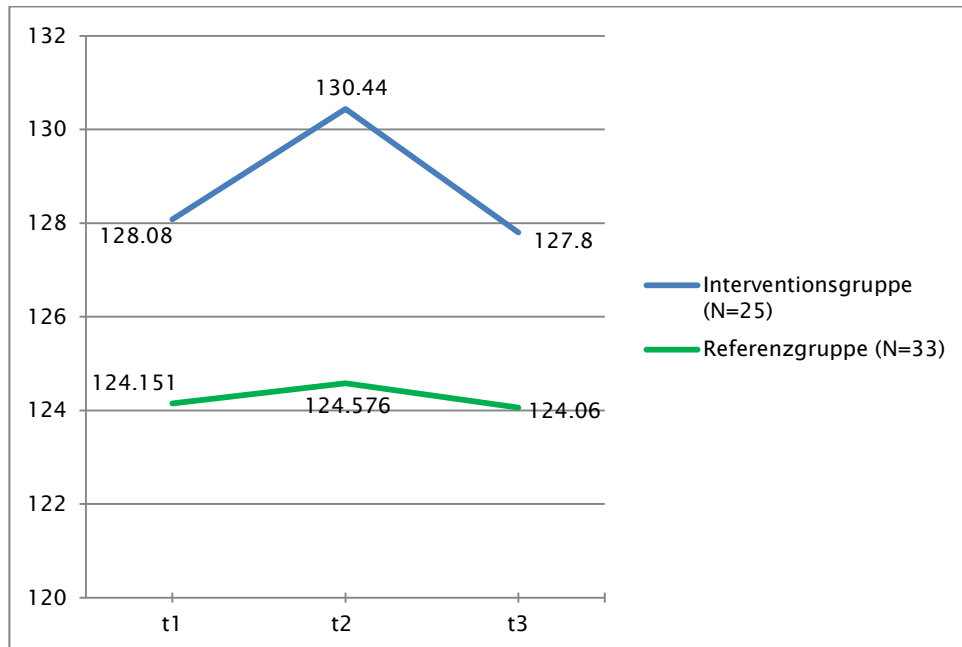


Abbildung 6: Veränderung der Mittelwerte der Interventions- und Referenzgruppe des Handlungskompetenz Gesamtwertes von t1 zu t3.

Zur differenzierten Erklärung der in der Gesamtgruppe fehlenden Nachhaltigkeit des Trainingseffektes auf der Handlungskompetenz, wurden für die Interventionsgruppe weitere Analysen durchgeführt. Dazu wurde im ersten Schritt die Entwicklung im Handlungskompetenzfragebogen zwischen t1 und t3 der drei Funktionsstufen verglichen. Die Mittelwerte und Standardabweichungen der drei Gruppen über die drei Messzeitpunkte der Handlungskompetenz sind nachfolgender Tabelle 9 zu entnehmen.

Tabelle 9: Mittelwerte und Standardabweichungen der Handlungskompetenz zu den drei Messzeitpunkten für die Interventionsgruppe, getrennt nach Funktionsstufen.

	n	Mittelwert	SD
HK Gesamtwert t1			
FS1	9	124.000	5.025
FS2	5	129.600	2.881
FS3	11	130.727	10.16
HK Gesamtwert t2			
FS1	9	126.556	4.447
FS2	5	132.400	6.107
FS3	11	132.727	5.884
HK Gesamtwert t3			
FS1	9	124.222	3.114
FS2	5	131.200	2.168
FS3	11	129.182	7.012

Die zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf dem Faktor Handlungskompetenz und dem Faktor Funktionsstufe zeigt einen knapp signifikanten Effekt für den Faktor Handlungskompetenz ($F= 3.153$; $p=.053$) und einen nicht signifikanten Effekt für den Faktor Funktionsstufe ($F=.368$; $p=.830$). Wie in Abbildung 7 veranschaulicht bedeutet dies, dass die

Pflegepersonen der drei Funktionsstufen über die drei Messzeitpunkte eine vergleichbare Entwicklung in Bezug auf den Gesamtwert des Handlungskompetenzfragebogens gemacht haben.

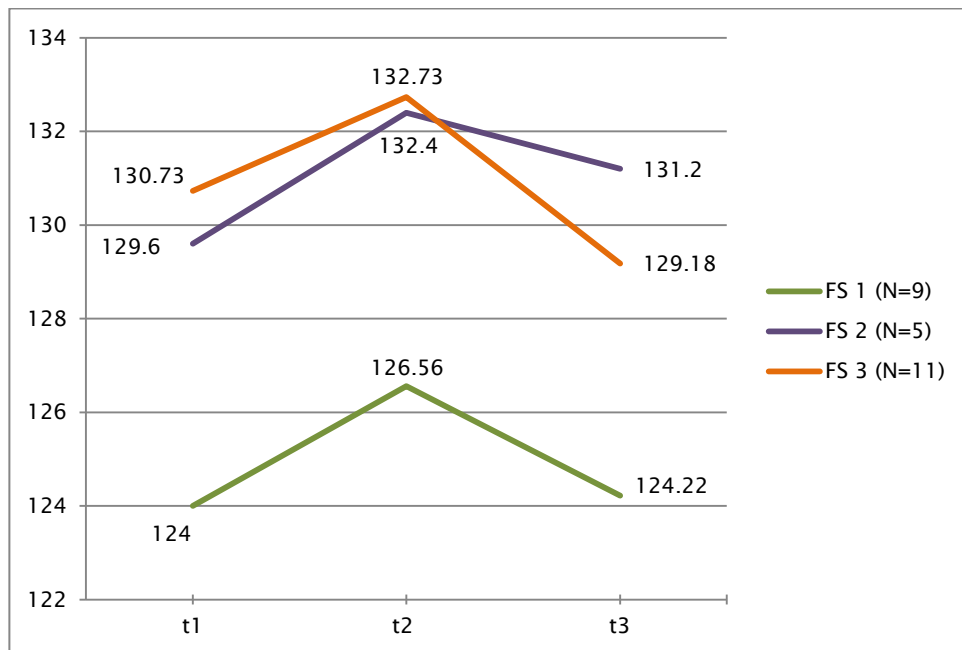


Abbildung 7: Veränderung der Mittelwerte der Interventionsgruppe des Handlungskompetenz Gesamtwertes von t1 zu t3, getrennt nach Funktionsstufen.

Im nächsten Schritt wurde eine Differenzierung des Trainingseffektes nach Handlungskompetenzstufe (s. Kap. 4.1.) und Funktionsstufe vorgenommen. Dazu wurde für jede der fünf Handlungskompetenzstufen getrennt eine zweifaktorielle Varianzanalyse berechnet, mit Messwiederholung auf der Handlungskompetenz der jeweiligen Stufe und der Funktionsstufe als festem Faktor. Die entsprechenden Mittelwerte und Standardabweichungen sind der Tabelle 10 zu entnehmen. Tabelle 11 gibt einen Überblick über die Ergebnisse der Varianzanalysen. Lesebeispiel für Tabelle 11: Für die Handlungskompetenzstufe 1 zeigt die Analyse sowohl einen tendenziellen Effekt für die Handlungskompetenz ($F=2.044$; $p=.142$) als auch für die Funktionsstufe ($F=2.129$; $p=.093$).

Tabelle 10: Mittelwerte und Standardabweichungen für die 5 Stufen der Handlungskompetenz der Interventionsgruppe, getrennt nach Funktionsstufen.

	n	HK1		HK2		HK3		HK4		HK5	
		MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD
t1											
FS1	9	27.00	3.50	23.44	3.21	23.11	2.21	35.44	2.65	15.00	2.83
FS2	5	29.60	5.22	23.20	2.28	22.60	1.95	34.40	3.97	19.80	1.79
FS3	11	29.09	5.20	23.64	3.23	21.73	2.80	37.45	4.39	18.81	3.28
t2											
FS1	9	26.33	2.83	23.44	3.21	22.78	3.03	36.11	4.81	17.44	2.92
FS2	5	30.60	3.05	23.20	2.28	23.20	1.10	33.80	2.68	18.80	2.86
FS3	11	28.45	5.73	23.64	3.23	22.36	2.62	38.73	3.69	19.73	1.95
t3											
FS1	9	23.22	4.12	21.33	4.44	22.44	3.05	38.67	7.76	18.56	2.79
FS2	5	30.20	3.03	26.40	1.52	22.40	2.07	32.80	3.56	19.40	1.95
FS3	11	28.45	5.01	22.09	3.62	22.00	1.79	37.82	4.38	18.82	2.32

Querschnittsvergleiche der drei Gruppen zu den drei Zeitpunkten mittels ANOVA's zeigen einen signifikanten Effekt der Funktionsstufe für die Messung zu t3 ($F=5.272$; $p=.013$). Post hoc tests (LSD) zeigen dass die Gruppe Funktionsstufe 1 einen auf dem $p=0.05$ Niveau signifikant tieferen Wert für die Handlungskompetenzstufe 1 aufweist als die beiden anderen Gruppen. Insgesamt zeigen diese Analysen, dass die Gruppe Funktionsstufe 2 in den Handlungskompetenzen der Stufen 1 und 2 mittelfristig vom Training profitieren konnte, die Gruppe Funktionsstufe 1 in den Handlungskompetenzen der Stufen 4 und 5. Veranschaulicht werden die Ergebnisse in den Abbildungen 8 bis 11.

Tabelle 11: Übersicht über die Ergebnisse der ANOVA's zum Vergleich der Funktionsstufe, getrennt nach Handlungskompetenzstufen.

Handlungs-kompetenzstufe	Zweifaktorielle ANOVA mit Messwiederholung				Einfaktorielle ANOVA mi LSD als Post-Hoc-Test ($p=.05$)				
	Handlungskompetenz	F	Signifikanz	Funktionsstufe	F	Signifikanz	t1	t2	t3
HK1		2.044	.142		2.129	.093	n.s.	n.s.	F=5.272; p=.013 F1<F2=F3
HK2		2.564	.088		3.773	.010	n.s.	n.s.	F=3.296; p=.056 F2>F1=F3
HK3		.527	.594		.326	.840	n.s.	n.s.	n.s.
HK4		.393	.678		.211	.095	n.s.	F=2.834; p=.080 (F3>F2)	F=1.825; p=.185 F1>F2; p=.08
HK5		1.662	.202		2.875	.034	F=6.034; p=.008 F1<F2=F3	F=2.042; p=.154 (F1<F3; p=.056)	n.s.

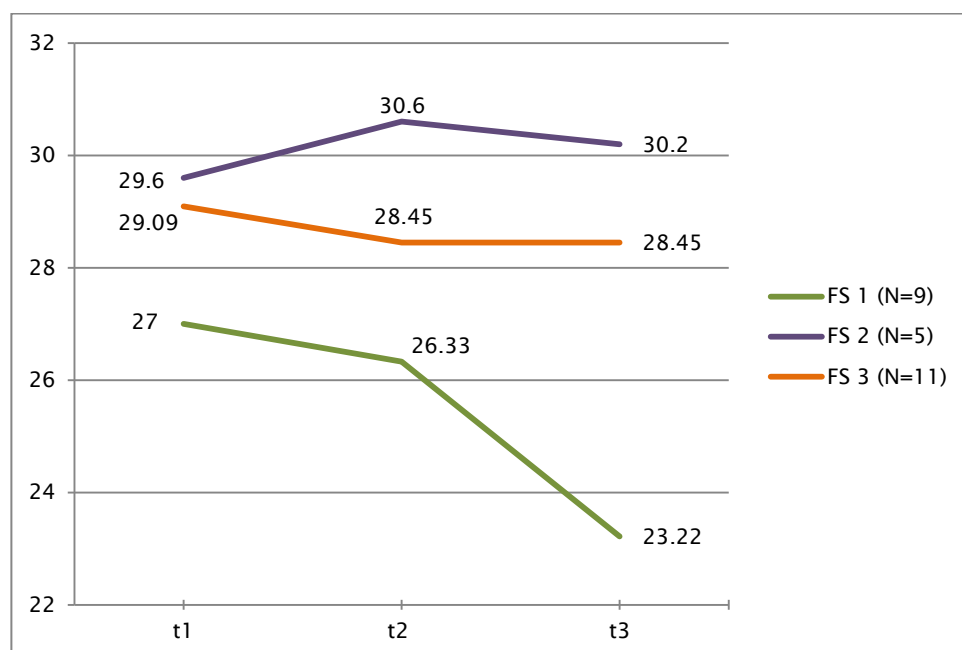


Abbildung 8: Veränderung der Mittelwerte der Interventionsgruppe der Handlungskompetenzstufe 1 von t1 zu t3, getrennt nach Funktionsstufen.

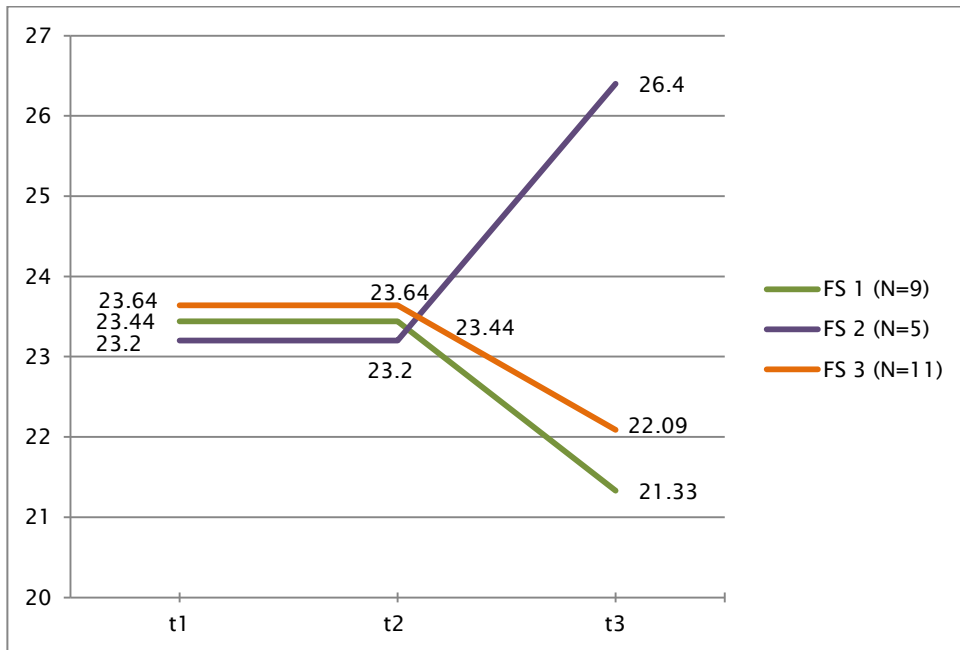


Abbildung 9: Veränderung der Mittelwerte der Interventionsgruppe der Handlungskompetenzstufe 2 von t1 zu t3, getrennt nach Funktionsstufen.

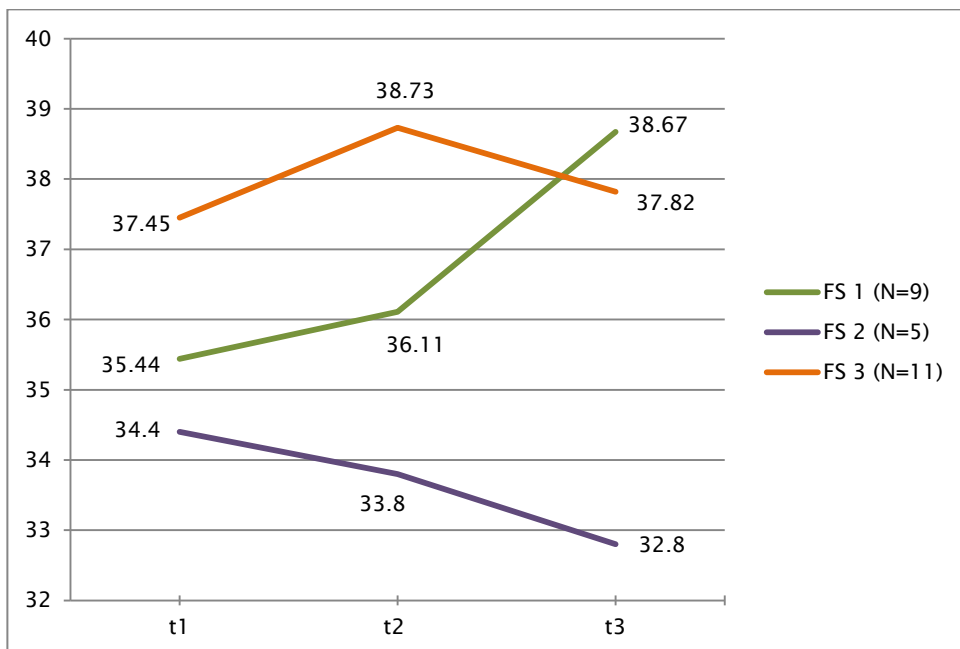


Abbildung 10: Veränderung der Mittelwerte der Interventionsgruppe der Handlungskompetenzstufe 4 von t1 zu t3, getrennt nach Funktionsstufen.

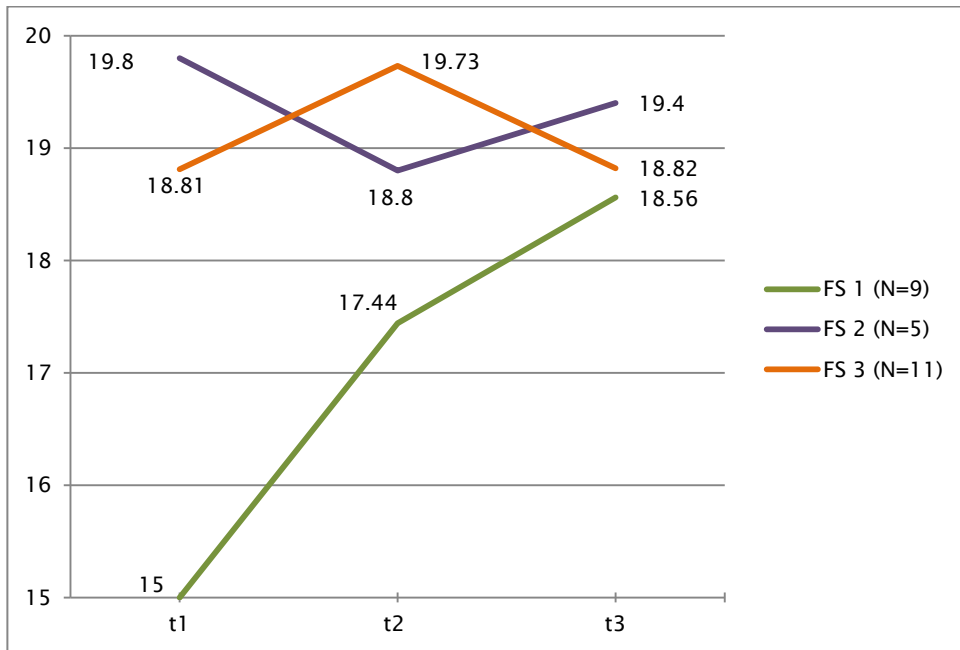


Abbildung 11: Veränderung der Mittelwerte der Interventionsgruppe der Handlungskompetenzstufe 5 von t1 zu t3, getrennt nach Funktionsstufen.

Die DAS wurde mit einer zweifaktoriellen ANOVA mit Messwiederholung auf dem Faktor DAS-Wert und der Gruppe (Interventionsgruppe/Referenzgruppe) als Faktor ohne Messwiederholung analysiert. Der Effekt für den DAS-Wert weist eine statistische Tendenz auf ($F=2.319$; $p=.103$) die Interaktion DAS-Wert x Gruppe ist mit $p=.024$ statistisch signifikant ($F=3.836$). Die mit dem T-Test zu jedem Messzeitpunkt überprüften Gruppenunterschiede sind zu t1 und t2 nicht signifikant, zu t3 zeigt der Unterschied mit $T=1.789$ und $p=.079$ eine statistische Tendenz zugunsten der Interventionsgruppe. Mittelwerte und Standardabweichungen in Tabelle 12, sowie Abbildung 12 veranschaulichen diese Ergebnisse.

Tabelle 12: Mittelwerte und Standardabweichungen der DAS zu den drei Messzeitpunkten für die Interventions- und Referenzgruppe.

	n	Mittelwert	SD
DAS t1			
Interventionsgruppe	25	119.400	8.563
Referenzgruppe	33	119.48	7.670
DAS t2			
Interventionsgruppe	25	116.200	8.930
Referenzgruppe	33	118.000	9.045
DAS t3			
Interventionsgruppe	25	119.640	10.062
Referenzgruppe	33	115.030	9.450

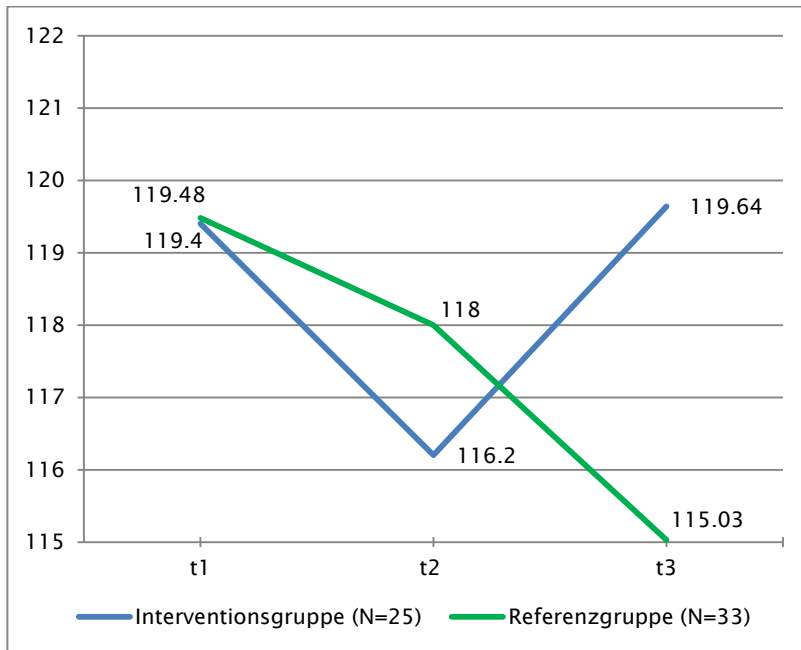


Abbildung 12: Veränderung der Mittelwerte der Interventions- und Referenzgruppe der DAS von t1 zu t3.

Von den vier Skalen der Selbsteinschätzung des Inventar Sozialer Kompetenzen (Kannig, 2009) findet sich eine signifikant positive Entwicklung in der Interventionsgruppe auf der Skala Internalität. Die Skala misst die Überzeugung eines Menschen, dass er selbst die Verantwortung für Ereignisse im eigenen Leben und Konsequenzen seines Verhaltens trägt. Die zweifaktorielle ANOVA mit Messwiederholung auf der Skala Internalität und der Gruppe (Interventionsgruppe / Referenzgruppe) als nicht wiederholtem Faktor zeigt eine statistische Tendenz in der Interaktion der beiden Faktoren ($F=2.60$; $p=.084$). Nachgeschaltete t-Test je Messzeitpunkt zeigen einen signifikanten Gruppenunterschied zu t1 zugunsten der Referenzgruppe ($T=3.206$; $p=.002$). Zu t2 ist der Unterschied nicht signifikant ($T=1.384$; $p=.172$) und zu t3 besteht eine statistische Tendenz ($T=1.646$; $p=.106$). Details zu diesen Ergebnissen sind Tabelle 13 und Abbildung 13 zu entnehmen. Auf allen anderen Skalen der Selbsteinschätzung des ISK finden sich keine Hinweise auf einen Trainingseffekt, d.h. es gibt zu keinem Untersuchungszeitpunkt signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Tabelle 13: Mittelwerte und Standardabweichungen der Internalität zu den drei Messzeitpunkten für die Interventions- und Referenzgruppe.

	n	Mittelwert	SD
ISK Internalität t1			
Interventionsgruppe	25	2.613	.417
Referenzgruppe	33	2.993	.468
ISK Internalität t2			
Interventionsgruppe	25	2.768	.466
Referenzgruppe	33	2.930	.421
ISK Internalität t3			
Interventionsgruppe	25	2.759	.375
Referenzgruppe	33	2.939	.430

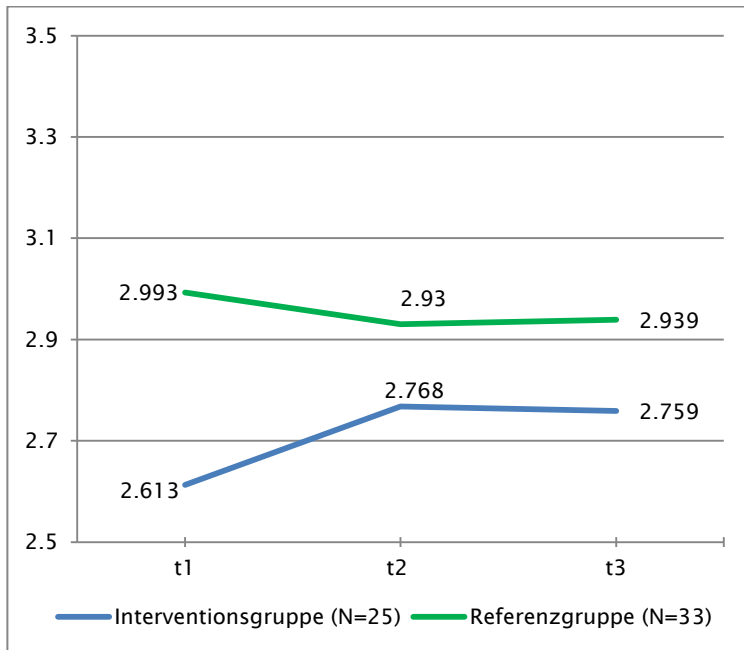


Abbildung 13: Veränderung der Mittelwerte der Interventions- und Referenzgruppe der Internalität von t1 zu t3.

Die Fremdeinschätzung der ISK wurde nur für die Pflegepersonen der Interventionsgruppe ausgefüllt. Hier zeigt sich auf der Skala Offensivität eine statistische Tendenz in der durchgeführten einfaktoriellen ANOVA mit Messwiederholung ($F=2.030$; $p=.144$). Mittelwerte und Standardabweichungen dieser Skala sind Tabelle 14 zu entnehmen. Veranschaulicht werden diese Ergebnisse in Abbildung 14. Die Skala Offensivität misst die Fähigkeit einer Person, aus sich heraus zu gehen und im Kontakt mit anderen Menschen eigene Interessen aktiv verwirklichen zu können.

Tabelle 14: Mittelwerte und Standardabweichungen der Fremdeinschätzung der Offensivität zu den drei Messzeitpunkten für die Interventionsgruppe.

ISK	n	Mittelwert	SD
Fremdeinschätzung Offensivität			
t1	23	3.266	.684
t2	23	3.196	.695
t3	23	3.424	.6167

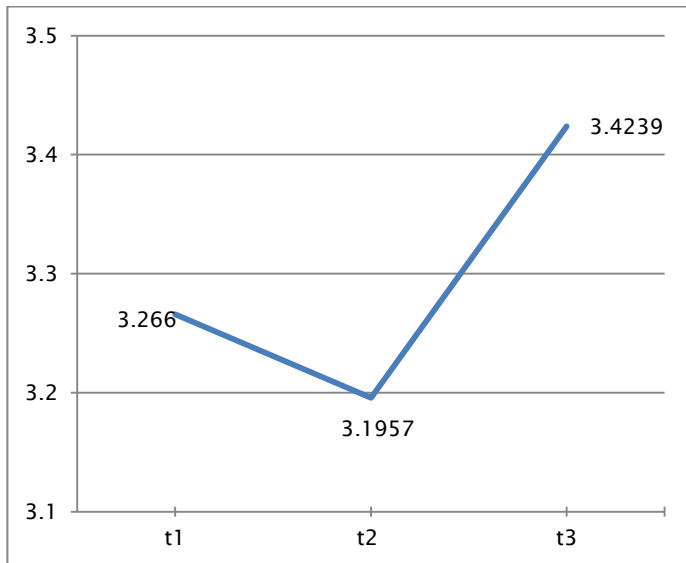


Abbildung 14: Veränderung der Mittelwerte der Interventionsgruppe der Fremdeinschätzung zur Offensivität von t1 zu t3.

Die Varianzanalyse mit Messwiederholung auf dem Faktor Arbeitsbelastung ist für den Faktor Arbeitsbelastung knapp nicht signifikant ($F=1.982$; $p=.143$). Für die Interaktion Arbeitsbelastung x Gruppe (Interventionsgruppe / Referenzgruppe) zeigt sich eine statistisch signifikante Tendenz ($F=2.36$; $p=.099$). Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Variablen Arbeitsbelastung können der Tabelle 15 entnommen werden. Nachgeschaltete T-Tests zeigen einen knapp signifikanten Mittelwertsunterschied zu t1 ($T=2.072$; $p=.043$), einen signifikanten Unterschied zu t2 ($T=2.264$; $p=.027$) sowie keinen Gruppenunterschied zu t3. Die Arbeitsbelastung ist zu t1 und zu t2 in der Referenzgruppe signifikant bzw. tendenziell grösser als in der Interventionsgruppe, zu t3 unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht hinsichtlich der Arbeitsbelastung. Diese Ergebnisse werden in Abbildung 15 veranschaulicht.

Tabelle 15: Mittelwerte und Standardabweichungen der Arbeitsbelastung zu den drei Messzeitpunkten für die Interventions- und Referenzgruppe.

	n	Mittelwert	SD
Arbeitsbelastung t1			
Interventionsgruppe	24	3.284	.498
Referenzgruppe	33	3.606	.577
Arbeitsbelastung t2			
Interventionsgruppe	24	3.194	.500
Referenzgruppe	33	3.474	.525
Arbeitsbelastung t3			
Interventionsgruppe	24	3.375	.583
Referenzgruppe	33	3.459	.598

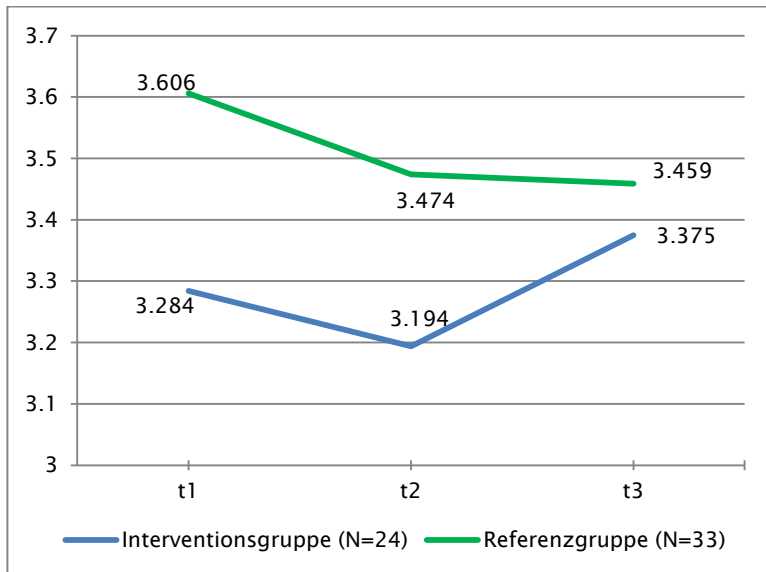


Abbildung 15: Veränderung der Mittelwerte der Interventions- und Referenzgruppe der Arbeitsbelastung von t1 zu t3.

5 Schlussfolgerungen

Die Analysen der Daten aus der Fragebogenentwicklung und -normierung haben gezeigt, dass mit dem entwickelten Fragebogen die Handlungskompetenzen von Pflegepersonen im alltäglichen Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen zuverlässig abgebildet werden können. Der Fragebogen differenziert zwischen 5 Stufen der Handlungskompetenz. Die im Fragebogen abgedeckten Bereiche der Handlungskompetenz (Personenorientierung, Kommunikation, Umgebungsgestaltung) sind in der Praxis nicht unabhängig voneinander und können entsprechend in den Ergebnissen des Fragebogens nicht differenziert werden.

Im Gesamtwert bildet der Fragebogen die zu erwartenden Unterschiede in der Handlungskompetenz, abhängig von der Funktionsstufe der Pflegepersonen, zuverlässig ab. Die Handlungskompetenzstufen 1 und 5 differenzieren ebenfalls zuverlässig zwischen den Funktionsstufen, wobei die Pflegepersonen der höheren Funktionsstufen höhere Werte aufweisen. Bei den Handlungskompetenzstufen 2 und 4 erreichen ebenfalls Pflegepersonen mit höherer Funktionsstufe höhere Werte, allerdings sind diese Ergebnisse nicht statistisch signifikant. Handlungskompetenzstufe 3 bildet eine Ausnahme, hier erreichen die Pflegepersonen der Funktionsstufe 1 den höchsten Mittelwert, allerdings sind auch hier die Mittelwertvergleiche nicht signifikant unterschiedlich. Die zuverlässigsten Ergebnisse in Bezug auf die Handlungskompetenz liefert der Gesamtmittelwert.

Zur Evaluation der Effekte des Trainings zur Stärkung der Handlungskompetenzen von Pflegepersonen im Umgang mit Menschen mit Demenz wurden verschiedene qualitative und quantitative Daten erhoben.

Die inhaltliche und methodische Konzeption des Trainings wird von den Teilnehmenden überwiegend positiv beurteilt. Die Inhalte erachteten sie als relevant für ihre alltägliche Praxis, die Methodik als geeignet, sowohl grundlegendes Wissen zu vermitteln als auch Handlungen im Alltag positiv zu beeinflussen und die Selbstreflexion zu stärken.

Die Wirksamkeit des Trainings in Bezug auf die Steigerung der Handlungskompetenzen der Pflegepersonen konnte insgesamt sowohl kurz- als auch mittelfristig bestätigt werden.

Die qualitativen Daten attestieren den Pflegepersonen, sowohl aus ihrer eigenen Sicht wie aus der Sicht ihrer Vorgesetzten, eine durch das Training gesteigerte Aufmerksamkeit in der Interaktion mit den Menschen mit Demenz und dadurch eine sensiblere Wahrnehmung der Bedürfnisse der Menschen mit Demenz. Ebenfalls aus beiden Perspektiven wird eine häufigere Perspektivenübernahme durch die

Pflegepersonen und eine gesteigerte Selbstreflexion berichtet. Die Vorgesetzten heben zudem die positive Wirkung des Trainings auf das professionelle Selbstvertrauen der Teilnehmenden hervor. Die quantitativen Daten zeigen eine im Vergleich zur Referenzgruppe signifikante Steigerung der Handlungskompetenzen der am Training teilnehmenden Pflegepersonen in der Messung t2 unmittelbar nach Trainingsende. Die Messung sechs Monate nach Trainingsende zeigt, dass die Nachhaltigkeit des Trainings unterschiedlich ist je nach Funktionsstufe der teilnehmenden Pflegepersonen und nach Stufe der Handlungskompetenz. Für die Stufen 1 und 2 der Handlungskompetenz zeigen sich mittelfristige Trainingseffekte für die Pflegepersonen der Funktionsstufe 2. Dies könnte so interpretiert werden, dass diese Pflegepersonen durch erhöhte Selbstaufmerksamkeit gelernt haben, sich längerfristig von Handlungsoptionen der ersten und zweiten Handlungskompetenzstufe zu distanzieren. Dieser Effekt tritt für Pflegepersonen der Funktionsstufe 1 nicht ein. Es kann vermutet werden, dass diese Pflegepersonen in der Hektik des Alltags weiterhin häufiger auf solche Handlungsoptionen zurückgreifen und sie deshalb im Fragebogen nicht als nicht zutreffend erkennen.

In den Handlungskompetenzen der Stufen vier und fünf zeigt sich eine mittelfristig äusserst positive Entwicklung der Pflegepersonen der Funktionsstufe 1. Diese Pflegepersonen greifen mittelfristig immer noch auf Handlungsoptionen einer tiefen Kompetenzstufe zurück, sie konnten ihre Handlungsoptionen jedoch in höheren Kompetenzstufen signifikant erweitern und denjenigen der Funktionsstufen 2 und 3 angleichen. Diese Interpretationen der Ergebnisse im Handlungskompetenzfragebogen für Pflegepersonen unterschiedlicher Funktionsstufen müssen aufgrund der keinen Stichprobengrößen als vorläufig betrachtet werden. Ziel ist es, das Training nach dessen Implementierung laufend weiter zu evaluieren.

Als mittelfristig positiven Effekt des Trainings kann weiter der unterschiedliche Verlauf von Interventions- und Referenzgruppe im DAS Wert interpretiert werden. In beiden Gruppen nimmt der Wert zwischen t1 und t2 ab, wobei die Abnahme in der Interventionsgruppe stärker ist. Der Wert in der Referenzgruppe nimmt zwischen t2 und t3 weiter ab. Der Wert der Interventionsgruppe steigt von t2 zu t3 an und liegt zu t3 tendenziell über demjenigen der Referenzgruppe. Die stetige Abnahme des DAS Gesamtwertes in der Referenzgruppe und die Abnahme in der Interventionsgruppe zu t2 können als Abnahme der sozial erwünschten Antworten infolge der zunehmenden Vertrautheit mit dem Projektteam interpretiert werden. Die stärkere Abnahme des Wertes zu t2 in der Interventionsgruppe ist als grössere Vertrautheit mit dem Projektteam durch den regelmässigen Kontakt an den Trainingseinheiten verstehbar. Die Zunahme im DAS Wert in der Interventionsgruppe zwischen t2 und t3, deren Entsprechung in der Referenzgruppe fehlt, kann als mittelfristiger Trainingseffekt in dem Sinn interpretiert werden, dass durch das Training initiierte positive Interaktionserfahrungen sich mittelfristig positiv auf die Einstellung der Pflegepersonen zu Menschen mit Demenz auswirken. Die signifikant positive Entwicklung der Pflegepersonen der Interventionsgruppe auf der Skala Internalität des Inventars Sozialer Kompetenzen, Selbsteinschätzung, bestärkt die Ergebnisse der qualitativen Daten, wonach die Kompetenzerweiterung der Pflegepersonen in Richtung eines selbstständigen, reflektierten Prozesses der eigenen Handlungen in der Interaktion mit Menschen mit Demenz kurz- und mittelfristig erreicht wurde. Die Zunahme des Wertes in der Skala Offensivität der ISK, Fremdeinschätzung, unterstützt die Interviewaussagen der Vorgesetzten, die teilnehmenden Pflegepersonen hätten durch das Training an Selbstvertrauen gewonnen. Die Skala Offensivität misst die Fähigkeit einer Person, aus sich heraus zu gehen und im Kontakt mit anderen Menschen eigene Interessen aktiv verwirklichen zu können.

Die Analyse der Variablen Arbeitsbelastung zeigt, dass die Pflegepersonen, die am Training teilgenommen haben, sich dadurch nicht stärker belastet fühlten als die Pflegepersonen der Referenzgruppe. Dieses Ergebnis unterstützt Aussagen der befragten Pflegedienstleitenden, wonach sich die vier Trainingshalbtage gut in die Arbeitspläne der Pflegepersonen einbauen lassen. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das entwickelte Training zur Stärkung der Handlungskompetenzen der Pflegepersonen sich in den Analysen sowohl der qualitativen als auch der quantitativen Daten als kurz und mittelfristig wirksam erwiesen hat. Das Training wurde, wie intendiert, nicht als Konkurrenz zu bestehenden Konzepten sondern als konstruktiv integrierendes Angebot wahrgenommen.

Sowohl für den Fragebogen als auch für das Training werden Konzepte zur Implementierung erarbeitet.

6 Literaturverzeichnis

Benner, P. (1997). *Stufen der Pflegekompetenz*. Bern: Hans Huber.

Goncz, A. (1994). Competency based assessment in the professions in Australia. *Assessment in education*, 1(1), 27-44.

IBM Corp. Released (2016). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0*. Armonk, NY: IBM Corp.

Kanning, U. P. (2009). *Inventar sozialer Kompetenzen (ISK)*. Manual. Göttingen: Hogrefe.

Kitwood, T. (2008). *Demenz*. 5. Aufl. Bern, Huber.

Klein, O., & Snyder, M. (2003). Stereotypes and behavioral confirmation: From interpersonal to intergroup perspectives. *Advances in experimental social psychology*, 35, 153-234.

Kunda, Z., & Oleson, K. C. (1995). Maintaining stereotypes in the face of disconfirmation: constructing grounds for subtyping deviants. *Journal of personality and social psychology*, 68(4), 565.

Oelke, U., & Scheller, I. (2009). Szenisches Spiel in der Pflege. *Modelle der Pflegedidaktik*. München: Urban & Fischer, 45-61.

Peng, A., Moor, C., & Schelling, H. R. (2011). *Einstellungen zu Demenz. Übersetzung und Validierung eines Instruments zur Messung von Einstellungen gegenüber Demenz und demenzkranken Menschen*. Zürich: Zentrum für Gerontologie, Universität Zürich.

Scheller, I. (1981). *Erfahrungsbezogener Unterricht: Praxis; Planung; Theorie*. Scriptor: Königstein.

Wentzel, D., & Tomczak, T. (2012). Ein sozialpsychologischer Erklärungsansatz von Brand Behavior. In *Behavioral Branding* (pp. 47-64). Gabler Verlag.

Yzerbyt, V., Dumont, M., Wigboldus, D., & Gordijn, E. (2003). I feel for us: The impact of categorization and identification on emotions and action tendencies. *British Journal of Social Psychology*, 42(4), 533-549.